

病毒性肝炎合并胃十二指肠粘膜病变的证治分析

肖建珍¹ 刘福衡² 唐灿良¹ 易奕启¹ 冯会明¹

摘要 1996 年 12 月至 1998 年 8 月对 50 例病毒性肝炎合并明显消化道症状者进行纤维胃镜检查。结果,胃十二指肠粘膜损害发生率为 94%。按中医辨证 50 例患者可分为湿热中阻、痰浊阻胃、肝气犯胃、瘀阻胃络 4 型。经治疗 30 天,证候疗效和胃镜复查及肝功能复查总有效率分别为 94.0%、66.6%及 82.0%。

主题词 肝炎,病毒性,人/并发症 胃疾病/病因学 十二指肠疾病/病因学

近年来,有关文献报道的“肝源性溃疡”多指肝硬变合并的消化道溃疡,而病毒性肝炎合并胃十二指肠粘膜损害及辨证分型的报道甚少。我们于 1996 年 12 月至 1998 年 8 月对 50 例病毒性肝炎合并明显消化道症状者进行了纤维胃镜检查,并按中医证型辨证治疗,现报道如下。

1 临床资料

本组 50 例患者均为我院肝炎科住院病人。男性 43 例,女性 7 例。年龄 19~64 岁,平均年龄 32.2 岁。病例均按 1995 年(北京)第五次全国传染病及寄生虫学术会议制定的标准进行诊断和分型。其中急性黄疸型肝炎 9 例,急性无黄疸型肝炎 1 例,慢性病毒性肝炎轻度 21 例,中度 14 例,重度 5 例。病原学分型:乙型肝炎 39 例,甲型肝炎 3 例,甲乙混合型肝炎 3 例,戊乙混合型肝炎 2 例,庚乙混合型肝炎 3 例。

50 例患者均有明显的消化道症状,胃脘部疼痛或不适 50 例,纳差或纳呆或不思饮食 46 例,恶心呕吐或欲呕或干呕 37 例,腹胀满或腹胀不适或餐后胀甚 31 例,呃逆 9 例,反酸水或吐清水 7 例。本组病例在明确病毒性肝炎诊断前均未出现过明显的消化道症状,住院期间亦未使用糖皮质激素。11 例在健康普查时曾做过

胃镜检查,无胃十二指肠炎及消化性溃疡病史。

2 胃镜检查

本组 50 例病例均用上海医用光学仪器厂生产的 XS-4 型纤维胃镜检查。内镜检查表现主要有:粘膜水肿充血 37 例(74.0%),粘膜面粗糙 36 例(72.0%),其次为粘膜点状出血 5 例(10.0%),粘膜红白相间 27 例(54.0%),边缘隆起或凹陷性溃疡 7 例(14.0%),细血管分布 5 例(10.0%),胃粘膜正常 3 例(6.0%)。

诊断结果:50 例中浅表性胃炎 29 例,十二指肠炎 18 例,胃溃疡 7 例,胃粘膜出血 5 例。50 例均检测幽门螺杆菌(HP),阳性者 32 例(64.0%)。临床可见,病情急、黄疸深、转氨酶越高,粘膜损害越明显。

3 治疗及观察方法

本组病例除常规给予肌苷片、多种维生素、复方益肝灵、门冬氨酸钾镁静滴,重症肝炎加用促肝细胞生长素外,还根据中医辨证分为 4 型予以治疗。

湿热中阻(21 例):症见胃脘部胀满疼痛,呕恶食少,口苦或口干,不欲多饮,便溏不爽,尿黄,舌质红、苔黄腻或黄厚腻,脉滑数。其中急性黄疸型肝炎 9 例(42.9%),慢性肝炎轻度 1 例(4.8%),中度 8 例(38.1%),重度 3 例(14.3%)。

治则:清热化湿,行气和中。自拟茵陈藿香汤:茵陈 20g,法半夏 10g,藿香 10g,苍术 6g,黄连 5g,枳壳 10g,白蔻仁(后下)10g,蒲公英 30g,赤芍 15g,大黄 6g。

痰浊阻胃(14 例):胃脘部痛满不适,纳呆食少或不思饮食,食后胀甚,恶心,呕吐痰涎或酸水,苔白浊腻,脉滑或弦缓或弦濡。其中急性无黄疸型肝炎 1 例(7.1%),慢性肝炎轻度 10 例(71.4%),中度 3 例(21.4%)。

治则:燥湿化痰和胃。平胃散加石菖蒲

1 湖南省衡阳市传染病院,衡阳市草后街(421005)

2 湖南省衡阳铁路医院

收稿日期:1998-07-15;修回日期:1998-09-11

10g, 藿香 10g, 枳实 10g, 茯苓 10g, 甘草 3g。如伴阴黄日久不退者可酌情加附子、干姜。若亦见胃虚气逆者用旋覆代赭汤。

肝气犯胃(10例):胃脘疼痛牵涉两胁及背,胀痛为主,呃逆嗳气,叹息则舒,口苦或呕恶酸苦水,心烦食少,苔黄白或薄黄,脉弦。慢性肝炎轻度 9 例(90.0%),中度 1 例(10.0%)。

治则:疏肝理气和胃降逆,方用四逆散加减。若肝胃久郁化热加焦栀子,两胁胀痛明显加广木香,有伤阴则重用白芍加麦冬、沙参。

瘀阻胃络(5例):脘痛固定,似针扎感,痛时拒按,餐后痛甚或夜间加剧,内镜见粘膜出血或便血,舌质暗或暗滞有紫斑,脉弦细涩,其中慢性肝炎轻度 1 例(20.0%),中度 2 例(40.0%),重度 2 例(40.0%)。

治则:活血化瘀,理气止痛,方用四逆散加丹参饮,或失笑散加减,可加白及或地榆炭、田三七。全部病例均每日 1 剂,早晚分服,30 天为一疗程。

临床观察包括:症状观察选取胃脘痛,纳差食少,呕恶,嗳气呃逆为主要指标。肝功能,胃镜检查等。

4 结果

4.1 证候疗效标准:选取胃脘痛、纳差食少、呕恶、嗳气呃逆为主要指标。临床治愈:以上症状体征全部消失;有效:症状体征有明显改善或个别症状未有改善;无效:症状体征均无改善。

4.2 胃镜疗效标准:临床治愈:炎症消失或溃疡愈合,仅局部轻度充血,HP 阴性;有效:炎症减轻,溃疡面缩小 50%,出血点消失,HP 阴性;无效:炎症无变化,溃疡缩小不及 50%,HP 阳性。

4.3 肝功能复查:临床治愈:胆红素、转氨酶恢复正常;有效:胆红素、转氨酶下降 50%以上;无效:胆红素和转氨酶无变化或达不到有效者。

4.4 症状疗效:50 例中临床治愈 36 例(72.0%),有效 11 例(22.0%),无效 2 例(4.0%),中断治疗 1 例(2.0%),总有效率 94.0%。

4.5 胃镜疗效:治疗后复查 30 例。其中治疗前

诊断为浅表性胃炎 20 例,十二指肠炎 10 例,胃溃疡 6 例,粘膜出血 5 例,HP 阳性 22 例。经治疗后获临床治愈 9 例(30.0%),有效 11 例(36.0%),无效 10 例(33.0%),总有效率 66.6%。

4.6 肝功能复查:50 例均复查肝功能,获临床治愈 15 例(30.0%),有效 26 例(52.0%),无效 9 例(18.0%),总有效率 82.0%。

5 讨论

本组观察表明,病毒性肝炎患者伴胃肠粘膜损害发生率高达 94.0%,多以胃十二指肠炎症为主,其原因除与肝炎患者机体免疫功能低下,胃十二指肠粘膜易感染 HP 及 HP 产生的酶类对胃十二指肠粘膜屏障的破坏有关外,也不能排除肝炎病毒及其免疫复合物直接或间接造成局部粘膜损害可能。另外,肝炎患者凝血功能障碍及应激状态亦应是胃十二指肠粘膜损害的主要因素之一。

病毒性肝炎伴胃十二指肠粘膜病变,根据本组观察,辨证可分为湿热中阻、痰浊阻胃、肝气犯胃、瘀阻胃络等 4 型。但是,肝炎患者多以湿以热为犯,故湿热中阻,痰浊阻胃多见。胃以通降为顺,治疗病毒性肝炎致消化道症状者仍应以通降为主法。对各型还必须结合胃镜结果及药物性能,尽可做到有针对性,如胆汁反流者用枳实,能促进胃肠蠕动,增加胃排空能力;另外,黄连、黄芩、枳实与蒲公英对胃炎合并胆汁反流性炎症效果较好。白及走血分,富有粘性,有止血消肿收敛生肌之效,不仅能止血散瘀通络镇痛,还能促进胃粘膜溃疡愈合,常运用于粘膜溃疡并少量出血者。枳壳与芍药、甘草配伍,缓急止痛,并可降低迷走神经兴奋性,提高幽门括约肌的张力抑制胆汁反流,适用于肝气犯胃型。大黄、枳实相伍,能促进肠蠕动,又能清热畅中,适用于湿热中阻型。对于有胃粘膜溃疡、出血的瘀阻胃络型患者,破血不宜太过,可选用赤芍,用量 30~60g,并配合白及、田三七等。总之,病毒性肝炎合并胃粘膜病变,在护肝的基础上配合辨病与辨证相结合治疗,对改善症状,促进恢复有着积极作用。